

có ý nghĩa, trước và sau HĐPN sự thay đổi áp lực đường thở không có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự nhiều tác giả khác. Nghiên cứu của Lại Văn Hoàn áp lực trung bình, áp lực đỉnh và áp lực cao nguyên ở nhóm HĐPN được duy trì, không có sự khác biệt về mức áp lực đường thở ở nhóm can thiệp giữa thời điểm trước HĐPN và sau khi HĐPN. Trong các lần HĐPN áp lực đỉnh (Ppeak) trước và sau HĐPN có sự thay đổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05[4]$.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng có gây mê nội khí quản và được HĐPN trong quá trình gây mê chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

- Thể tích khí thở ra và độ giãn nở của phổi sau HĐPN cao hơn trước HĐPN. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$.

- Ppeak, Pmean trước và sau huy động phế nang khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thế Anh.** (2021). So sánh tác dụng của thông khí bảo vệ phổi và thông khí kiểm soát thể tích thông thường trên phẫu thuật ổ bụng ở bệnh nhân cao tuổi. Luận văn cao học, Học Viện Quân Y.
2. **Xin Pi, Cui Y, Wang C, et al.** (2015). Low tidal volume with PEEP and recruitment expedite the recovery of pulmonary function. *Int J Clin Exp Pathol*, 8(11), 14305–14.
3. **Pelosi P, Massimo C, Ravagnan R, et al.** (1998). The effects of body mass on lung volumes, respiratory mechanics, and gas exchange during general anesthesia. *Anesth Analg*, 87, 654–60.
4. **Lại Văn Hoàn.** (2021). Nghiên cứu biến đổi các chỉ số khí máu động mạch và cơ học phổi khi áp dụng nghiệm pháp huy động phế nang trong gây mê phẫu thuật bụng ở người cao tuổi, Luận án tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
5. **Almarakbi WA, Fawzi HM, Alhashemi JA.** (2009). Effects of four intraoperative ventilatory strategies on respiratory compliance and gas exchange during laparoscopic gastric banding in obese patients. *Br J Anaesth*, Jun;102(6), 862–8.
6. **D Aretha, F. Fligou, P. Kiekkas, et al.** (2017). Safety and effectiveness of alveolar recruitment maneuvers and positive end-expiratory pressure during general anesthesia for cesarean section: a prospective, randomized trial. *International journal of obstetric anesthesiology*, May; 30,30–38.

ĐẶC ĐIỂM VỊ TRÍ THẦN KINH CHẤM LỚN ĐI RA DA TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Lê Quang Tuyền¹, Nguyễn Duy Phương¹, Nguyễn Thanh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da trên xác người Việt Nam trưởng thành. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả; thực hiện trên 22 mẫu nửa đầu từ 11 xác người Việt Nam trưởng thành bảo quản formol tại bộ môn giải phẫu trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 10/2024 đến 01/2025. Phẫu tích khảo sát thần kinh chấm lớn đoạn đi ra da, ghi nhận đặc điểm hình thái và vị trí của thần kinh. **Kết quả:** Nghiên cứu này ghi nhận sự hiện diện của thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da ở tất cả các trường hợp. Trong 3 dạng thần kinh, dạng xuyên qua mạc giữa cơ thang và cơ ức đòn chũm chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,8%. So với ụ chấm ngoài, vị trí thần kinh ra da cách bên dưới ụ chấm ngoài $30,5 \pm 10,8$ (mm) và cách bên ngoài ụ chấm ngoài $20,2 \pm 8,3$ (mm). Vẽ một đường tròn bán kính 2cm tại vị trí giữa 1/3 trong và 1/3 giữa đường nối từ ụ chấm ngoài đến mỏm chũm, kết quả ghi nhận

54,5% trường hợp nằm trong đường tròn và 50% tại vị trí góc phần tư dưới ngoài. **Kết luận:** Đặc điểm vị trí thần kinh chấm lớn đi ra rất khác biệt giữa các chủng tộc. Vì vậy cần thêm những nghiên cứu tương tự với số liệu lớn trên người Việt Nam. **Từ khóa:** Thần kinh chấm lớn, đau dây thần kinh chấm

SUMMARY

THE CUTANEOUS LOCATION OF THE GREATER OCCIPITAL NERVE IN ADULT VIETNAMESE CADAVERS

Objectives: Report the cutaneous location of the greater occipital nerve in adult Vietnamese cadavers. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 22 half head specimens obtained from 11 adult Vietnamese cadavers preserved by formal at the Department of Anatomy, Pham Ngoc Thach University of Medicine, from October 2024 to January 2025. Dissection was performed to examine the morphological characteristics and cutaneous location of the greater occipital nerve. **Results:** The study observed in 100% of cases that have the greater occipital nerve under skin. In three types, the most common form is the greater occipital nerve pierced fascia between trapezius and sternocleidomastoid muscle (81,8%). With reference to the external occipital protuberance, the greater occipital nerve

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Tuyền
Email: tuyenlequangdr@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025
Ngày duyệt bài: 28.3.2025

pierced at a point $30,5 \pm 10,8$ (mm) lateral and $20,2 \pm 8,3$ (mm) inferior. A circle with a radius of 2 cm drawn at the medial trisection point of a line connecting between the external occipital protuberance and mastoid process. The greater occipital nerve pierced within the circle in 54,5% of the specimens. The piercing point was observed most frequently in the inferolateral (50%) sector of the circle. **Conclusion:** The cutaneous location of the greater occipital nerve pierced was different between races, necessitating further studies with larger sample sizes in the Vietnamese population. **Keywords:** The greater occipital nerve, occipital neuralgia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đầu là một trong những triệu chứng thần kinh thường gặp nhất trong thực hành y khoa¹. Trong các nguyên nhân đau đầu thì đau dây thần kinh chẩm là một hội chứng đau phổ biến². Thần kinh chẩm lớn có liên quan đến phần lớn các trường hợp đau dây thần kinh chẩm³. Phong bế thần kinh không chỉ là phương pháp hiệu quả trong việc kiểm soát chứng đau dây thần kinh chẩm, mà đây còn là kỹ thuật đáng tin cậy để chẩn đoán chứng đau này. Mặc dù siêu âm ngày càng phát triển, kỹ thuật gây tê dựa trên các mốc giải phẫu bề mặt vẫn được sử dụng thường xuyên do tính tiện ích và tỷ lệ thành công tương đối cao⁴. Do đó, vị trí thần kinh chẩm lớn đi nông ra da là mục tiêu nhằm đến trong các ứng dụng lâm sàng.

Thần kinh chẩm lớn là nhánh trong của nhánh lưng dây thần kinh cột sống cổ thứ 2. Sau khi ôm lấy bờ dưới cơ chéo đầu dưới, thần kinh chẩm lớn lần lượt xuyên qua cơ bán gai đầu và cơ thang để đi ra da. Đường đi của thần kinh chẩm lớn có sự đa dạng các biến thể giải phẫu do đó định vị thần kinh chẩm lớn dựa trên các mốc xương đôi khi không đạt được hiệu ứng phong bế. Vì thế các nghiên cứu trong việc xác định vị trí thần kinh chẩm lớn đi ra da, là rất cần thiết.

Trên thế giới bước đầu đã có các tác giả đề nghị phân loại thần kinh chẩm lớn dựa vào đặc điểm vị trí ra da của thần kinh này. Để xác định vị trí thần kinh chẩm lớn ra da, hiện nay đa số các nghiên cứu sử dụng đường tham chiếu nối từ ụ chẩm ngoài đến điểm ngoài cùng nhất của đường gáy trên. Gần đây, đường tham chiếu nối từ ụ chẩm ngoài đến móm chũm được một số tác giả lựa chọn. Riêng tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này.

Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm vị trí thần kinh chẩm lớn đi ra da trên xác người Việt Nam trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: xác người Việt Nam trưởng thành tại bộ môn Giải Phẫu, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2024 đến tháng 01/2025.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:

Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức ước lượng một số trung bình⁵:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó:

- $Z_{1-\alpha/2}$: phân vị của phân phối bình thường. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương ứng với mức độ tin cậy của ước lượng là 95% thì $\alpha = 0,05$.
- d : độ chính xác mong muốn (sai số biên, chọn $d = 1$).

- σ : độ lệch chuẩn.

Ở đây σ là khoảng cách d_0 . Chúng tôi chọn $\sigma = 2,4$ mm theo nghiên cứu của tác giả Natsis⁵. Theo công thức, kết quả cho cỡ mẫu tối thiểu có ý nghĩa thống kê cho nghiên cứu này là 22 mẫu nửa đầu.

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu cho đến khi đủ mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tiêu chuẩn chọn vào: Xác người Việt Nam trưởng thành được xử lý ngâm formol.
- Tiêu chuẩn loại ra: Vùng chẩm bị biến dạng do chấn thương, dị tật bẩm sinh hoặc đã được phẫu thuật.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Một đường rạch da dọc kéo dài từ một điểm phía trên ụ chẩm ngoài khoảng 5 cm đến móm gai C7. Hai đường rạch ngang đi qua cực trên và cực dưới đường rạch dọc. Phẫu tích bộc lộ cơ thang và xác định thần kinh chẩm lớn đoạn đi ra da, ghi nhận đặc điểm hình thái và đối chiếu vị trí thần kinh ra da so với hai đường tham chiếu.

- Đường tham chiếu 1: nối từ ụ chẩm ngoài đến điểm ngoài cùng nhất của đường gáy trên. Đối với đường tham chiếu này, lần lượt xác định khoảng cách d_0 và d_1 .

- Đường tham chiếu 2: nối từ ụ chẩm ngoài đến móm chũm. Đối với đường tham chiếu này, sử dụng một đường tròn bán kính 2cm, tâm tại vị trí giữa 1/3 trong và 1/3 giữa đường tham chiếu để xác định vị trí thần kinh ra da.

2.6. Các biến số cần thu thập

Biến số định tính:

- Dạng thần kinh chẩm lớn tại vị trí đi ra da: dạng 1 (xuyên qua phần cơ của cơ thang), dạng

2 (xuyên qua phần cân cơ thang), dạng 3 (xuyên qua mạc giữa cơ thang và cơ ức đòn chũm).

- Vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da so với đường tham chiếu 1: phía trên, phía dưới, thuộc đường tham chiếu.

- Vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da so với đường tham chiếu 2: phía trên, phía dưới, thuộc đường tham chiếu.

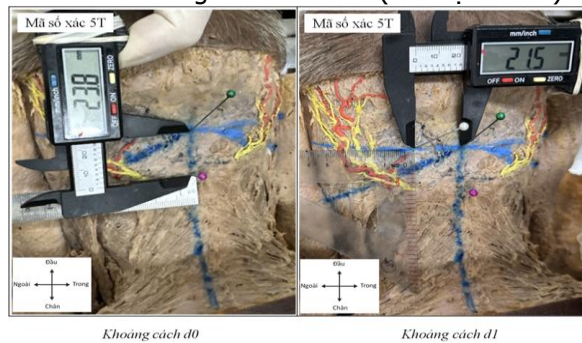
- Vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da so với đường tròn của đường tham chiếu 2: trong đường tròn, ngoài đường tròn.

- Vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da so với góc phần tư đường tròn của đường tham chiếu 2: trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài.

Biến số định lượng:

- Khoảng cách d0: độ dài từ ụ chấm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh chấm lớn đi ra da trên đường giữa (đơn vị đo mm).

- Khoảng cách d1: độ dài từ ụ chấm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh chấm lớn đi ra da trên đường tham chiếu 1 (đơn vị đo mm).



Hình 1. Minh họa cách đo khoảng cách d0 và d1

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

- Biến số định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và sử dụng kiểm định T-test để xác định sự khác biệt theo phải trái và theo dạng thần kinh.

- Biến số định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm và sử dụng kiểm định Chi bình phương để xác định sự khác biệt theo phải trái và theo dạng thần kinh.

- Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

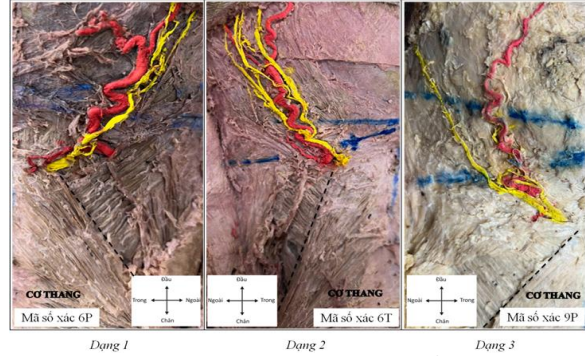
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo Quyết định số 3834/QĐ-TĐHYKPNT ngày 2/10/2024.

Bảng 2. Các khoảng cách khi so với phải trái

	Chung (n=22) TB ± ĐLC	Phải (n=11) TB ± ĐLC	Trái (n=11) TB ± ĐLC	Giá trị p
Khoảng cách d0	30,5 ± 10,8	29,8 ± 11,6	31,3 ± 10,4	0,76
Khoảng cách d1	20,2 ± 8,3	18,4 ± 8,5	21,9 ± 8,0	0,33

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát được 22 mẫu nửa đầu trên 11 xác, trong đó nữ chiếm 45,5%; độ tuổi dao động từ 45 đến 87 tuổi với độ tuổi trung bình là 70,4 và không có sự khác biệt giữa tuổi nam và nữ ($p = 0,17$).



Hình 2. Các dạng thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da

(vàng: thần kinh chấm lớn, đỏ: động mạch chấm)

Bảng 1. Tỷ lệ các dạng thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da

	Chung (n=22) n (%)	Phải (n=11) n (%)	Trái (n=11) n (%)	Giá trị p
Dạng 1	2(9,1%)	2(18,2%)	0(0%)	0,329
Dạng 2	2(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)	
Dạng 3	18(81,8%)	8(72,7%)	10(90,9%)	

Kết quả ghi nhận 100% trường hợp đều có sự hiện diện của thần kinh chấm lớn. Về dạng thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da, nghiên cứu ghi nhận có sự tồn tại cả 3 dạng thần kinh: dạng 1 (thần kinh xuyên qua phần cân của cơ thang), dạng 2 (thần kinh xuyên qua phần cân của cơ thang), dạng 3 (xuyên qua mạc giữa cơ thang và cơ ức đòn chũm) (hình 2). Trong đó, dạng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất và không có sự khác biệt giữa hai bên ($p = 0,329$) (bảng 1).

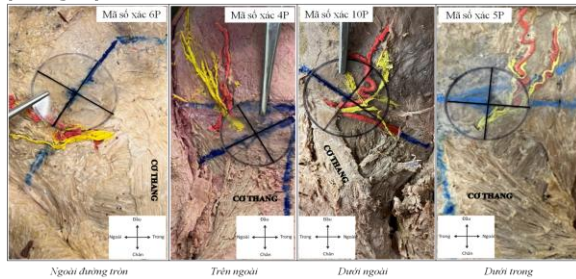
Về vị trí thần kinh chấm lớn ra da so với 2 đường tham chiếu, đối với đường tham chiếu 1, kết quả ghi nhận 100% trường hợp vị trí này nằm phía dưới đường tham chiếu. Đối với đường tham chiếu 2, kết quả ghi nhận 90,9% trường hợp nằm phía dưới đường tham chiếu, chỉ có 2 trường hợp của cùng 1 xác có vị trí nằm phía trên đường tham chiếu.

Bảng 3. Các khoảng cách khi so với dạng thần kinh

	Chung (n=22)	Dạng 1 (n=7)	Dạng 2 (n=5)	Dạng 3 (n=10)	Giá trị p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Khoảng cách d0	30,5 ± 10,8	28,1 ± 3,0	28,6 ± 12,3	31,0 ± 11,5	0,91
Khoảng cách d1	20,2 ± 8,3	21,0 ± 4,7	25,2 ± 14,8	19,5 ± 8,2	0,677

Về độ dài từ ụ chấm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh chấm lớn đi ra da trên đường giữa (khoảng cách d0), kết quả ghi nhận độ dài trung bình là 30,5 ± 10,8 và không có sự khác biệt giữa hai bên (bảng 2), cũng như không có sự khác biệt giữa ba dạng thần kinh (bảng 3).

Về độ dài từ ụ chấm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh chấm lớn đi ra da trên đường tham chiếu 1 (khoảng cách d1), kết quả ghi nhận độ dài trung bình là 20,2 ± 8,3 và không có sự khác biệt giữa hai bên (bảng 2), cũng như không có sự khác biệt giữa ba dạng thần kinh (bảng 3).



Hình 3. Vị trí ra da của thần kinh chấm lớn so với vòng tròn trên đường tham chiếu 2
(vàng: thần kinh chấm lớn, đỏ: động mạch chấm)

Bảng 4. Tỷ lệ vị trí thần kinh ra da nằm trong đường tròn so với phải trái

	Chung (n = 22) n (%)	Phải (n = 11) n (%)	Trái (n = 11) n (%)	Giá trị p
Ngoài đường tròn	10(45,5%)	5(45,5%)	5(45,5%)	0,67
Trong đường tròn	12(54,5%)	6(54,5%)	6(54,5%)	

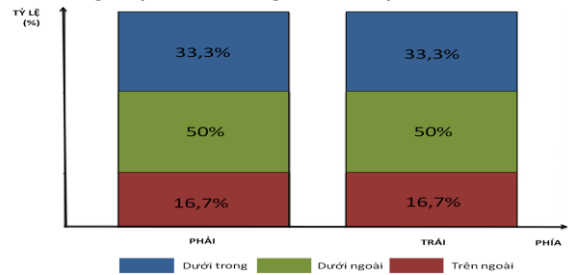
Bảng 5. Tỷ lệ vị trí thần kinh ra da nằm trong đường tròn so với dạng thần kinh

	Chung (n=22) n (%)	Dạng 1 (n=7) n (%)	Dạng 2 (n=5) n (%)	Dạng 3 (n=10) n (%)	Giá trị p
Ngoài đường tròn	10 (45,5%)	1 (50%)	1 (50%)	8 (44,4%)	0,98
Trong đường tròn	12 (54,5%)	1 (50%)	1 (50%)	10 (55,6%)	

Về vị trí thần kinh chấm lớn ra da so với đường tròn trên đường tham chiếu 2, nghiên cứu ghi nhận 54,5% trường hợp nằm trong đường tròn và không có sự khác biệt giữa hai bên (p = 0,67) (bảng 4), cũng như không có sự khác biệt

giữa ba dạng thần kinh (p = 0,98) (bảng 5).

Trong số các trường hợp nằm trong đường tròn, nghiên cứu khảo sát vị trí thần kinh ra da so với 4 góc phần tư và ghi nhận tỷ lệ như hình 4.

**Hình 4. Tỷ lệ vị trí ra da của thần kinh chấm lớn so với 4 góc phần tư vòng tròn**

Kết quả cho thấy không có trường hợp nào vị trí thần kinh ra da nằm ở góc phần tư trên trong. Phần lớn các trường hợp thuộc góc phần tư dưới ngoài chiếm 50,0%. Tỷ lệ hiện diện ở cả 3 góc phần tư: trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài khi xét riêng bên phải và trái là giống nhau.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 6. Tỷ lệ các dạng thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da

Tác giả	Dân số	Dạng 1	Dạng 2	Dạng 3
R.S Tubbs ⁶	Mỹ	16,7%	83,3%	
K.Kariya ⁷	Nhật Bản	97%		3%
H.J Kwon ⁸	Hàn Quốc	25%	12,5%	62,5%
T.Huanmanop ⁹	Thái Lan	2%	67%	31%
G.Laine ¹⁰	Pháp	75%	25%	
Nghiên cứu này	Việt Nam	9,1%	9,1%	81,8%

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp đều có sự hiện diện của thần kinh chấm lớn. Về dạng thần kinh chấm lớn tại vị trí đi ra da thì dạng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (81,8%). Kết quả này khác với phần lớn các nghiên cứu trước. Dạng 1 chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của tác giả Laine (Pháp)¹⁰, Kariya (Nhật)⁷. Dạng 2 ưu thế trong nghiên cứu của tác giả Tubbs (Mỹ)⁶, Huanmanop (Thái Lan)⁹, Kariya (Nhật)⁷. Dạng 3 chiếm phần lớn trong nghiên cứu của tác giả Kwon (Hàn Quốc)⁸. Trong quá trình tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy đặc điểm hình thái tại vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da rất khác nhau giữa các chủng tộc, thậm chí nếu xét trong cùng một châu lục thì sự khác biệt này cũng đã rất lớn. Chúng ta có thể thấy đều là

quốc gia Đông Á, tác giả Kwon⁸ cho tỷ lệ dạng 3 cao nhất, nhưng tác giả Kariya lại có tỷ lệ dạng 1 và 2 cao nhất. Sự khác biệt này cũng được ghi nhận trong trường hợp của chúng tôi với tác giả Huanmanop⁹, mặc dù đây đều là hai quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á. Trong khi đó các nghiên cứu tại Bắc Mỹ (Tubbs)⁸, Tây Âu (Laine)¹⁰, lại có sự tương đồng với tác giả Huanmanop⁹, thì nghiên cứu của chúng tôi lại tương đồng với nghiên cứu tại Đông Á (Kwon)⁸. Bên cạnh đó, chúng ta còn nhận thấy sự khác biệt ở dạng chiếm tỷ lệ thấp nhất. Hai nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao nhất ở cùng một dạng thần kinh thì có thể không tương đồng về dạng thần kinh chiếm tỷ lệ thấp nhất. Ví dụ đều cho kết quả dạng 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, tác giả Huanmanop⁹ ghi nhận dạng 1 chiếm tỷ lệ thấp nhất, thì Saglam (Thổ Nhĩ Kỳ) lại ghi nhận dạng 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất. Do đó đặc điểm hình thái của thần kinh chấm lớn tại vị trí ra da có thể không giống nhau giữa các quốc gia trong một khu vực, cần có thêm nhiều nghiên cứu về chủ đề này trên cùng một vùng lãnh thổ.

Bảng 7. Vị trí điểm thần kinh chấm lớn đi ra da theo đường tham chiếu 1

Tác giả	Dân số	Khoảng cách d0	Khoảng cách d1
K.Natsis ⁵	Đức	8,9mm	35,4mm (P) và 33,9mm (T)
J.E Janis	Mỹ	4,36mm	24mm
N.M. El Sekily	Ai Cập	13,4mm (P) và 14,1mm (T)	23,1mm (P) và 22,1mm (T)
H.J Kwon ⁸	Hàn Quốc	18,9mm	22,7mm
C.R Deniela	Brazil	5,86mm	33,46mm
G.Laine ¹⁰	Pháp	18mm	22,75mm
Nghiên cứu này	Việt Nam	30,5mm	20,2mm

Khi đối chiếu vị trí thần kinh ra da lên đường tham chiếu 1, chúng tôi ghi nhận 100% trường hợp vị trí này nằm phía dưới đường tham chiếu. Về khoảng cách d0 và d1, kết quả d0 của chúng tôi khác với phần lớn tác giả, d1 tương đồng với một số tác giả. Từ dữ liệu các nghiên cứu, đối với khoảng cách d0 chúng tôi ghi nhận có thể chia thành 3 nhóm: < 10mm trong nghiên cứu tại Đức (Natsis)⁵, Mỹ (J.E.Janis), Brazil (Deniela); từ 10 – 20mm trong nghiên cứu tại Ai Cập (Sekily), Pháp (Laine)¹⁰, Hàn Quốc (Kwon)⁸; > 20mm trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối với khoảng cách d1 chúng tôi nhận thấy có thể chia thành 3 nhóm: < 20mm chưa có nghiên cứu nào, từ 20 – 30mm trong nghiên cứu tại Mỹ (Janis), Ai Cập (Sekily), Hàn Quốc (Kwon)⁸, Pháp

(Laine)¹⁰ và nghiên cứu của chúng tôi; > 30mm trong nghiên cứu tại Đức (Natsis)⁵, Brazil (Deniela). Qua đó, chúng tôi nhận thấy vị trí thần kinh chấm lớn đi ra da rất khác nhau giữa các chủng tộc dù là trong cùng một khu vực. Chúng ta có thể thấy mặc dù đều là các quốc gia châu Âu, khoảng cách d0 trong nghiên cứu tác giả Natsis⁵ < 10mm, nhưng của tác giả Laine¹⁰ lại thuộc nhóm từ 10 – 20mm. Trong khi đó, nghiên cứu tại châu Phi (Sekily), châu Á (Kwon)⁸ lại tương đồng với tác giả Laine¹⁰. Sự khác biệt này cũng tìm thấy trong trường hợp của chúng tôi với tác giả Kim và Kwon⁸, đều là các quốc gia châu Á. Tương tự với khoảng cách d1, dù đều thuộc châu Mỹ, nhưng trường hợp của tác giả Janis thuộc nhóm 20 – 30mm, còn tác giả Deniela lại thuộc nhóm > 30mm. Tuy nhiên kết quả của tác giả Janis lại tương đồng với các nghiên cứu tại châu Á (chúng tôi, Kim, Kwon), châu Phi (Sekily), châu Âu (Laine)¹⁰. Chính vì vậy, chúng tôi cũng đề nghị có thêm nhiều nghiên cứu về chủ đề này trên cùng một vùng lãnh thổ, như hai tác giả Kim và Kwon có sự đồng thuận từ kết quả trên dân số Hàn Quốc⁸.

Khi đối chiếu vị trí thần kinh ra da lên đường tham chiếu 2, chúng tôi ghi nhận phần lớn trường hợp vị trí này nằm bên trong đường tròn (54,5%). Trong số các trường hợp nằm bên trong đường tròn, thần kinh chấm lớn ra da tại vị trí trên ngoài chiếm tỉ lệ cao nhất so với 4 góc phần tư (50%). Kết quả này tương đồng với tác giả Kwon⁸. Mặc dù tỷ lệ nằm bên trong đường tròn của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Kwon (85,7%)⁸. Tuy nhiên, tỷ lệ hiện diện ở phần tư trên ngoài có sự đồng thuận cao giữa hai nghiên cứu (42,9%)⁸. Để lý giải một phần cho sự khác biệt này, chúng tôi phát hiện các trường hợp nằm bên ngoài đường tròn trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn tại vị trí giáp biên bên ngoài đường tròn. Do đó nếu mở rộng bán kính đường tròn thêm 0,5 – 1 cm thì khả năng bắt được vị trí thần kinh ra da sẽ cao hơn. Đây cũng có thể đặc điểm đặc trưng ở dân số Việt Nam. Vì hiện nay mới chỉ có nghiên cứu của tác giả Kwon (Hàn Quốc)⁸ sử dụng đường tham chiếu 2 nên chúng tôi vẫn chưa có nhiều dữ liệu để so sánh sâu hơn.

Tổng hợp kết quả từ cả hai đường tham chiếu, chúng tôi nhận thấy khi sử dụng đường tròn trên đường tham chiếu 2 sẽ bao hàm được cả khu vực tập trung vị trí thần kinh ra da của đường tham chiếu 1 nhưng ở phạm vi thu hẹp hơn. Vì vậy, chúng tôi đề nghị trong việc xác định vị trí thần kinh chấm lớn ra da nên sử dụng đường tham chiếu 2. Đồng thời, cần tiến hành thêm các nghiên cứu trên người Việt Nam cũng

như tăng bán kính đường tròn nhằm tìm ra sự khác biệt so với các chủng tộc khác ở khu vực châu Á.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận sự hiện diện của thần kinh chẩm lớn tại vị trí đi ra da ở tất cả các trường hợp. Trong các dạng thần kinh, thì dạng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,8%. Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường giữa là $30,5 \pm 10,8$ (mm). Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường tham chiếu 1 là $20,2 \pm 8,3$ (mm). Về vị trí thần kinh ra da so với đường tròn trên đường tham chiếu 2, kết quả ghi nhận 54,5% nằm trong đường tròn và 50% tại vị trí góc phần tư dưới ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stovner LJ.** Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology* 2006;13:333-45.
2. **Buse D.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
3. **Choi I, Jeon SR.** Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. *J Korean Med Sci*. 2016;31(4):479-88.
4. **Greher M, Moriggi B, Curatolo M, Kirchmair L, Eichenberger U.** Sonographic visualization and ultrasound-guided blockade of the greater occipital nerve: a comparison of two selective techniques confirmed by anatomical dissection. *Br J Anaesth*. 2010;104(5):637-42.
5. **Natsis K, Baraliakos X, Appell HJ, Tsikaras P, Gigis I, Koebke J.** The course of the greater occipital nerve in the suboccipital region: a proposal for setting landmarks for local anesthesia in patients with occipital neuralgia. *Clin Anat*. 2006;19(4):332-6.
6. **Tubbs RS, Watanabe K, Loukas M, Cohen-Gadol AA.** The intramuscular course of the greater occipital nerve: novel findings with potential implications for operative interventions and occipital neuralgia. *Surg Neurol Int*. 2014;5:155.
7. **Kariya K, Usui Y, Higashi N, Nakamoto T, Shimbori H, Terada S, et al.** Anatomical basis for simultaneous block of greater and third occipital nerves, with an ultrasound-guided technique. *J Anesth*. 2018;32(4):483-92.
8. **Won HJ, Ji HJ, Song JK, Kim YD, Won HS.** Topographical study of the trapezius muscle, greater occipital nerve, and occipital artery for facilitating blockade of the greater occipital nerve. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202448.
9. **Huanmanop T, Issara I, Agthong S, Chentanez V.** Evaluation of the greater occipital nerve location regarding its relation to intermastoid and external occipital protuberance to mastoid process lines. *Folia Morphol (Warsz)*. 2021;80(3):533-41.
10. **Laine G, Jecko V, Wavasseur T, Gimbert E, Vignes JR, Liguoro D.** Anatomy of the Greater Occipital Nerve Implications in Posterior Fossa Approaches. *Research Square*. 2021.

TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH NÁCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TIỂU THỤY TUYẾN VÚ XÂM NHẬP

Phạm Hồng Khoa¹, Đinh Hữu Tâm²

TÓM TẮT

Mục đích: Để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (UTBMTTXN) nói riêng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 167 bệnh nhân UTBMTTXM, đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch trong nhóm nghiên cứu 63,5% trong đó nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%. Các yếu tố như độ mô học, thụ thể nội tiết, kích thước u có mối

liên quan đến tình trạng di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập. **Kết luận:** Di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập hay gặp, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao. Di căn hạch nách còn có liên quan đến tình trạng thụ thể nội tiết và độ mô học của khối u.

Từ khóa: ung thư vú, di căn hạch nách, ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập.

SUMMARY

AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS STATUS IN INVASIVE LOBULAR BREAST CANCER

Objective: To improve the quality of diagnosis, treatment, and prognosis for breast cancer in general and invasive lobular carcinoma (ILC) in particular. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 167 ILC patients who underwent a mastectomy at K Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** The rate of axillary lymph node metastasis were 63.5%. The type accounted for the highest rate with the polymorphic,

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025